

**Contribution à l'Etude
de l'Intervention d'Urgence
dans les Cas d'Inondation Péritonéale**
par rupture de grossesse tubaire.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 21 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Armand BOUCHARD

Né le 7 Août 1892, à Mende (Lozère)



LYON

Imprimerie du SUD-EST

JEAN DEPRELLE, ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

1920

**Contribution à l'Etude
de l'Intervention d'Urgence
dans les Cas d'Inondation Péritonéale**
par rupture de grossesse tubaire.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 21 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Armand BOUCHARD

Né le 7 Août 1892, à Mende (Lozère)



LYON

—
Imprimerie du SUD-EST

JEAN DEPRELLE, ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... / DOYEN
J. LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M).

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
	TIXIER
Cliniques chirurgicales	{ BERARD.
	FABRE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	ROLLET
Clinique ophtalmologique	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	LEPINE (J.)
Clinique neurologique et psychiatrique.....	WEILL
Clinique des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Clinique des maladies des femmes.....	LANNOIS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ROCHET
Clinique des des maladies des voies urinaires.....	NOVE-JOSSERAND
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	HUGOUNENQ
Chimie biologique	MOREL
Chimie organique et Toxicologie.....	MOREAU
Matière médicale et Botanique.....	GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	LATARGET
Anatomie	POLICART
Anatomie générale et Histologie.....	DOYON
Physiologie	COLLET
Pathologie interne	MOURIQUAND
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	PAVIOT
Anatomie pathologique	VILLARD
Médecine opératoire	ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée.....	ETIENNE MARTIN
Médecine légale	COURMONT (P)
Hygiène	PIC
Thérapeutique	FLORENCE
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	VALLAS
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique.....	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	CADE	COTTE	CORDIER
COMMANDEUR	GUILEMARD	DUROUX	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAVY	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE	GRAVIER, chargé des
TAVERNIER	PIERY	ROCHAI	fonctions

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. A. POLLOSSON, Président ; ROLLET, Assesseurs
MM. PATEL et LERICHE, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS
ET DE TOUS MES CHERS DISPARUS

En souvenir de l'affection qu'ils me
portaient et pour celle que je leur garde
à jamais.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je leur dois tout et les réunis dans la
même pensée d'immense affection filia-
le. Leur tendresse a ravi mes jeunes
années. Leur vie, toute de labeur, et de
bonté est pour moi un vivant et magni-
fique exemple. Vers eux, vont ma recon-
naissance infinie et mon admiration.

A MA GRAND'MÈRE

A MA FIANCÉE

En gage de joyeuse espérance dans
l'avenir de notre foyer prochain.

A LA MÉMOIRE DE MES COMPAGNONS D'ARMES
DES 152^e ET 162^e RÉGIMENTS D'INFANTERIE
ET DE
MES CAMARADES MÉDECINS-AUXILIAIRES ET SOUS-AIDES MAJORS
MORTS POUR LA FRANCE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR A. POILLOSON

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAZET
ASSISTANT DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA CHARITÉ

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE LYON

AVANT-PROPOS

Au moment où va se clore un chapitre de notre vie, celui des enthousiasmes juvéniles, des années de formation professionnelle et des amitiés de jeunesse, notre pensée se reporte vers le passé, toute de reconnaissance pour ceux qui nous ont aidé et dirigé au cours de nos études.

Elle va d'abord à nos premiers maîtres, à ceux de l'Ecole Primaire, qui éveillèrent à la fois notre intelligence et notre cœur. En songeant aux trésors de patience et de bonté qu'ils déployaient (qu'ils déploient toujours) dans leur noble tâche, nous tenons à leur donner l'assurance de notre profonde reconnaissance et de notre affectueuse admiration.

Nous prions aussi nos professeurs de l'Enseignement secondaire qui eurent la charge (parfois ingrate !) de nous donner accès dans les Facultés de vouloir bien agréer l'hommage de notre gratitude. Nos années de collège demeurent pour nous parmi les plus belles.

Elles présageaient cependant la tourmente ces années de jeunesse ensoleillées de joyeuse insouciance ; mais la Guerre, dont le cadre sévère allait succéder au décor riant de la vie d'étudiant à peine ébauchée, nous préparait, malgré ses tristesses, une moisson précieuse d'amitiés. Et

les sont nées de la grande fraternité de la lutte et nous les évoquons aujourd'hui pieusement. Amis morts ou vivants des 152^e et 162^e Régiments d'infanterie, dont les noms montent tous à notre mémoire, nous vous adressons le témoignage de notre admiration infinie et de notre fraternel et vivant souvenir.

Au terme enfin de nos études médicales nous nous faisons un devoir d'assurer nos maîtres de la Faculté de Médecine de Lyon et des Hôpitaux de notre très vive reconnaissance.

Nous tenons à remercier tout particulièrement M. le Professeur A. Pollosson dont nous avons suivi avec tant d'intérêt l'enseignement clinique, et dont nous ne savons si nous devons admirer plus la science ou l'inlassable bonté. Il a bien voulu nous donner pour notre travail les conseils si précieux de sa vaste expérience chirurgicale et accepter la présidence de cette thèse. Nous lui sommes profondément reconnaissant de l'honneur qu'il nous a fait.

M. le Docteur Mazet, assistant de la clinique gynécologique à la Charité, a droit, à un double titre, à notre entière gratitude. Nous n'oublions pas qu'il fut pour nous, durant la guerre, au cours des quelques semaines passées auprès de lui à l'Hôpital Mobile Alsacien de Saint-Amarin, en même temps qu'un ami d'une charmante cordialité, un maître très bienveillant et très écouté. Il a bien voulu, depuis, nous guider dans notre travail et nous aider à le mettre au point, aussi nous lui donnons l'assurance bien sincère de notre amical attachement.

Nous avons contracté encore une dette de reconnaissance envers M. Delore, chirurgien des Hôpitaux, qui

nous a reçu avec une extrême bienveillance, nous a fait bénéficier de son expérience personnelle et nous a communiqué de très belles observations. Qu'il veuille bien agréer nos vifs remerciements.

Nous voulons dire aussi à M. le Professeur agrégé Savy, Médecin des Hôpitaux, combien nous gardons de ses leçons cliniques un souvenir vivace. Les heures passées à l'écouter, au lit du malade, dans son service de l'Hôtel-Dieu, compteront parmi les meilleures de notre vie d'étudiant.

INTRODUCTION

La conduite à tenir au cours des différentes formes cliniques de rupture de grossesse tubaire a été, depuis les travaux fondamentaux de Lawson-Tait, l'objet de discussions souvent reprises et parfois passionnées. M. le Professeur Patel, écrivait à ce propos dans « Lyon Chirurgical », de décembre 1908, que : « le problème de l'indication opératoire dans la rupture de la trompe gravide reste toujours posé » ; et M. Durand, chirurgien des Hôpitaux, résumait dans une formule spirituelle l'allure accoutumée des débats sur ce sujet en disant à la séance du 17 février 1910, de la Société de chirurgie de Lyon : « La question du traitement de la grossesse extra-utérine partage avec celle du traitement de l'appendicite le privilège de provoquer chaque fois qu'elle est soulevée, dans une société une copieuse discussion d'où chacun sort avec l'idée qu'il avait auparavant. » (Lyon-Chirurgical 1910).

« Problème toujours posé » ! discussions en apparence stériles ! intransigeance des doctrines opératoires qui s'opposent ! Voilà donc les caractéristiques de ce problème de thérapeutique chirurgicale.

M. le Dr Mazet, assistant de la clinique gynécologique de la Charité, récemment appelé à intervenir d'urgence pour des accidents aigus de rupture tubaire, nous a enga-

gé à apporter dans notre thèse une contribution modeste à l'étude de cette question toujours très discutée. M. le Professeur A. Pollosson a bien voulu accepter la direction de ce travail, dont M. le Dr Mazet a été l'inspirateur et le guide bienveillant.

Nous n'envisagerons que les cas d'inondation péritonéale dits « cataclysmiques » dont nous avons pu recueillir plusieurs observations bien étudiées avec des résultats opératoires suivis. D'après ces observations nous essaierons d'apporter quelques éléments en faveur de l'intervention non précipitée, mais très précoce.

Les cas que nous nous proposons d'étudier sont ceux où le chirurgien examine sa malade dans les premières heures et où une décision rationnelle et rapide doit être prise sans tarder. Ce sont à proprement parler « les cas de garde » que nous aurons en vue uniquement au cours de ce travail.

Ils correspondent à nos observations et nous paraissent n'avoir pas été mis en lumière d'une façon suffisamment nette au cours des discussions d'ensemble. Nous présenterons notre étude sous la forme suivante :

Après un court historique donnant un aperçu sur l'évolution générale des idées, nous résumerons dans un premier chapitre les argumentations des deux écoles antagonistes en ce qui concerne les indications opératoires dans les cas d'inondation péritonéale par rupture tubaire.

L'étude critique des deux théories actuelles et l'exposé des raisons qui militent, à notre avis, en faveur de l'intervention rapide constitueront notre second chapitre.

Dans une troisième partie, entrant dans le détail pra-

tique, nous essayerons de répondre à la question : Que faire en cas d'inondation péritonéale vraie ?

Ce travail n'est et ne peut être que l'étude impartiale de quelques cas. Il constitue un élément de plus, minime il est vrai, mais basé sur des faits précis et bien observés, versé aux débats sur le traitement chirurgical des ruptures de grossesses extra-utérines.

HISTORIQUE

EVOLUTION GÉNÉRALE DES IDÉES

Dans l'histoire des hémorragies périutérines la phase thérapeutique commence à la période contemporaine. En effet, jusqu'en 1850, les faits restent rares, ils se réduisent à des trouvailles d'autopsie. Entre l'année 1850 et l'année 1885 se déroule la période clinique de la question. Nélaton donne le premier une description anatomopathologique parfaite des hémorragies périutérines, mais la pathogénie en reste absolument obscure. Elle s'éclaire par la thèse d'agrégation que lui consacre M. le Professeur Poncet, mais c'est à Lawson-Tait que revient l'honneur de montrer en 1885 que les neuf dixièmes des cas d'hémorragies périutérines sont dus à la rupture d'un kyste foetal de grossesse tubaire.

Les travaux de Lawson-Tait n'ont pas seulement le mérite d'élucider clairement l'étiologie et la pathogénie de l'affection, mais aussi de poser pour la première fois la question du traitement et d'y répondre par une formule précise : « L'intervention rapide dans tous les cas ».

Dans son livre paru en 1886 (*Lectures en ectopic pregnancy and pelvic hæmatocele*) il écrit : « Pour combattre une hémorragie chirurgicale il faut inciser et lier le vaisseau qui donne. Si une branche de l'artère fémorale était

lésée, ceux de mes collègues qui s'occupent de chirurgie n'hésiteraient pas à intervenir et ils lieraient le vaisseau. Pourquoi le ligament de Poupart devrait-il être la ligne de démarcation que ne doivent pas franchir les grands principes de la chirurgie moderne ? »

Une date : 1885, et un nom : Lawson-Tait, marquent donc le point de départ historique de la question.

La thèse de Cestan en 1894 vint confirmer les vues de ce premier auteur. Il préconisait la laparatomie hâtive et apportait une statistique particulièrement éloquente. (L'abstention opératoire donnait 85,8 o/o de mortalité ; l'intervention immédiate 84,7 o/o de guérisons).

En 1900, au Congrès de Gynécologie de Marseille, le rapport de Segond fut un plaidoyer en faveur de l'intervention immédiate.

Depuis cette date la doctrine de la nécessité de l'opération précoce devint classique. Nous ne saurions mieux la résumer que dans ces lignes du Professeur Pozzi :

« La question du traitement par la laparatomie discutée il y a quelques années ne l'est plus aujourd'hui... Temporiser, compter sur l'hémostase spontanée, c'est dans la grande majorité des cas laisser mourir la femme pour ne pas assumer la responsabilité d'une opération cent fois moins grave que l'attente. » (Pozzi. *Traité de Gynécologie*, 1907).

La théorie de l'intervention immédiate dans les accidents dramatiques d'inondation péritonéales régnait donc généralement sans contestation jusqu'au jour où, en 1907, elle fut vivement battue en brèche par deux gynécologues américains Hunter Robb et F. F. Simpson. Ils

furent les promoteurs d'une conception opératoire nouvelle, celle de la temporisation.

La question fut très discutée au Congrès Américain de Gynécologie de Philadelphie, en 1908. MM. Robb et Simpson y exposèrent leurs idées et les formulèrent dans la revue américaine « American Journal of Obstetrics ».

Dans un article de « La Semaine Médicale » du 4 novembre 1908, M. le Professeur De Bovis, de Reims, exposait les argumentations en présence : théorie classique et théorie temporisatrice de MM. Robb et Simpson.

La question ainsi remise à l'ordre du jour, fut examinée et discutée au xxi^e Congrès français de chirurgie de 1908 : Les deux conceptions s'opposèrent l'une à l'autre avec chacune d'ardents défenseurs. Les professeurs Pignard et Pozzi furent les champions de l'opinion classique. Parmi les partisans résolus de la temporisation, M. Albertin, chirurgien des Hôpitaux de Lyon, à propos de soixante cas personnels d'intervention pour rupture de grossesse tubaire, souleva le débat qui d'ailleurs ne fut pas tranché. M. Albertin, en collaboration avec M. Desgouttes, reprit ses idées dans deux articles du « Lyon-Chirurgical », mars et avril 1909, où est exposée sous sa forme définitive la théorie de l'intervention retardée.

Parmi les temporisateurs citons en France outre MM. Albertin et Desgouttes, dès 1900 et 1905 MM. Laroyenne et Condamin, à Lyon. En Amérique avec Robb et Simpson, M. Boldt ; Engström, en Finlande ; Gossmann, en Allemagne. En Hollande, Kouwer et le Professeur Treub, qui apporta à la Société d'Obstétrique de France (Session d'octobre 1908) dans une communication basée sur 151 cas personnels et 331 cas étudiés par son assis-

tante, Mademoiselle Van-Kœsteren, des faits absolument favorables à une méthode de temporisation.

Depuis cette époque le débat reste ouvert et l'on retrouve dans la littérature médicale des observations s'efforçant d'apporter des éléments favorables à l'une ou à l'autre conception opératoire.

La discussion est encore une fois reprise sur ce sujet à la Société d'obstétrique de Paris (Séance du 12 juillet 1909). Mentionnons encore un article de M. Muller, avec une observation très détaillée, paru dans « Lyon-Chirurgical » de décembre 1909, favorable aux idées temporatrices et une discussion sur ce sujet à la Société de Chirurgie de Lyon, dans la séance du 17 février 1910.

En 1910, la thèse de Gesswiller, à Lyon, met en valeur les avantages de l'intervention tardive.

CHAPITRE PREMIER

Les Théories opératoires

Intervention précoce et intervention retardée

Deux conceptions opératoires s'opposent en matière de thérapeutique des hémorragies graves par rupture de grossesse tubaire ; la théorie de l'intervention immédiate et la théorie de l'intervention retardée. Elles sont l'une et l'autre intransigeantes dans leur principe et dans leurs arguments. Que sont dans leurs traits essentiels ces deux théories ?

I

L'intervention précoce. — Théorie classique

La doctrine classique en ce qui concerne les indications opératoires dans les cas d'inondation péritonéale est celle de l'intervention « primaire et rapide », dès qu'un diagnostic ferme est posé. Le cas de vaisseaux tubaires rompus saignant en plein péritoine est, en effet, absolument assimilable à celui d'une hémorragie interne de tout autre organe (rupture du foie ou de la rate, lésion d'un vaisseau mésentérique, par exemple) pour laquelle il est formellement indiqué d'opérer sans délai. Depuis les travaux de Lawson-Tait, de Cestan, de Léopold, de Segond, la théorie opératoire classique peut se résumer ainsi :

Laparotomie immédiate pour placer sur le vaisseau qui saigne une ligature hémostatique ; application systématique du principe : « Ubi hemorrhagia ibi ligatura ».

Le fond de cette théorie est constitué par un argument de simple logique. L'inondation péritonéale est une hémorragie abondante, continue ou tout au moins récidivante, sans tendance à l'arrêt spontané. Un traitement d'attente est donc néfaste. L'hémorragie est toujours massive c'est un fait d'expérience. On trouve au cours des interventions la cavité abdominale remplie par une quantité de sang pouvant aller jusqu'à deux et trois litres. L'observation impartiale montre aussi que l'hémorragie n'a pas toujours tendance à s'arrêter spontanément, même sous l'effet du traitement médical d'attente, rigoureusement appliqué. Si parfois l'hémostase spontanée semble se faire, bien souvent aussi il ne s'agit que de rémissions trompeuses, car après une période d'amélioration passagère, où l'état général a paru se remonter, brusquement les accidents syncopaux réapparaissent, traduisant la répétition de l'hémorragie interne et pouvant tuer la malade. Le Professeur Pozzi, défenseur ardent de l'Interventionnisme d'emblée, affirmait au xx^e Congrès de Chirurgie de 1908 : « L'hémorragie peut parfaitement suffire à entraîner la mort et il faut intervenir au premier signe de rupture d'un grossesse tubaire. » M. Duret, de Lille, ajoutait : « Un cataclysme soudain, imprévu, parfois mortel, peut suivre une hémorragie peu importante » ; et le Professeur Pinard résumait ainsi ses idées à la Société d'obstétrique de Paris, en 1909 : « Il ne faut pas que la notion de la temporisation dans la rupture tubaire s'établisse, elle serait désastreuse et il ne faut pas oublier

que même dans ces cas, une femme peut saigner pendant plusieurs jours et être brusquement emportée par une dernière hémorragie qu'elle ne supporte pas. »

Le shock opératoire s'ajoutant à l'ictus abdominal considérable contre indique-t-il l'intervention ? Nullement de l'avis des interventionnistes. On ajoute, il est vrai, un shock à un autre shock mais il vaut mieux qu'il en soit ainsi, dès le début des accidents, à un moment où la spoliation sanguine n'est pas encore trop massive et où l'opérée a suffisamment de vitalité pour résister à condition de mettre fin rapidement à l'hémorragie.

D'ailleurs ce shock opératoire sera réduit au minimum par une opération simple et rapidement conduite, puisqu'on se contentera après deux ligatures en masse sur les pédicules vasculaires, d'enlever en bloc les annexes rompues.

Enfin les gynécologues qui soutiennent de tout leur pouvoir l'intervention d'emblée, apportent à l'appui de leur dires des statistiques de mortalité opératoire qui leur paraissent probantes. Segond cite les chiffres suivants :

« Avec l'intervention d'urgence, 85 o/o de guérisons ;

Avec l'abstention pendant la phase de shock, 85 o/o de mortalité. »

Pour clore cette revue rapide des raisons apportées en faveur de l'acte opératoire pratiqué aussitôt que possible, citons simplement ces paroles prononcées par Vidal, d'Arras, au XXI^e Congrès de Chirurgie de 1908 :

« Opérabilité sans limites des grandes hémorragies cataclysmiques. On ressuscite souvent ainsi de véritables cadavres. »

II

L'Intervention retardée

Aux raisons, semble-t-il péremptoires, de la doctrine classique, quelle est l'argumentation opposée par les temporisateurs ? Et tout d'abord quels sont les faits apportés par les novateurs en la matière, MM. H. Robb et F. F. Simpson ? Ils se basent sur des constatations anatomo-pathologiques, cliniques, et sur des expériences de laboratoire.

Selon ces auteurs l'inondation péritonéale n'est pas, ainsi qu'on l'admet classiquement, massive et sans tendances à l'arrêt spontané. Rarement on trouve une abondante quantité de sang dans le péritoine ; jamais, en tous cas plus de 1650 grammes, limite physiologique compatible avec la survie.

L'hémorragie péritonéale, prétendent-ils, s'arrête d'elle-même, après rupture du sac foetal, si aucune manœuvre, aucun examen intempestifs, ne sont pratiqués et si la femme est laissée dans le repos le plus absolu. Il se forme, disent-ils, un caillot aboutissant à l'hémostase définitive, et la preuve c'est qu'au cours des laparotomies on aperçoit rarement les vaisseaux qui saignent. Jamais les gros vaisseaux : artère utérine ou artère utéro-ovarienne ne sont lésés par la rupture.

M. Robb expérimentant sur l'animal (chiennes gravides ou non gravides) a pu dilacérer les artères utérine et utéro-ovarienne sans qu'il en résulte autre chose qu'un shock péritonéal.

Enfin ces auteurs apportent des statistiques opératoi-

res favorables à la temporisation. Leur statistique établie d'après 1176 cas de grossesses ectopiques traitées d'urgence a donné 8 o/o de décès, alors que la mortalité de l'affection abandonnée à elle-même est, d'après eux, de 5 o/o seulement.

Ainsi que l'écrit le Professeur De Bovis (Semaine Médicale du 4 novembre 1908) : « Bien que MM. Robb et Simpson ne se hasardent pas à le dire, l'impression générale qui se dégage de leur communication est qu'on ne meurt jamais ou presque jamais d'inondation péritonéale. »

A ces arguments tirés surtout de l'anatomie pathologique et de l'expérimentation, MM. Albertin et Desgouttes, partisans convaincus de l'intervention retardée en ajoutent d'autres, surtout cliniques et tirés de leur pratique opératoire. Ils peuvent se résumer ainsi d'après leur article, paru dans le numéro du mois d'avril 1909 du « Lyon-Chirurgical » :

« L'allure dramatique de l'inondation péritonéale n'est pas fonction absolue de la quantité de sang perdue. » Il existe souvent, d'après eux, « une forme péritonitique de l'hématocèle » qu'ils entendent ainsi : « Lorsqu'une quantité de sang même minime (nous insistons sur ce fait qu'elle peut être minime) fait brusquement irruption dans la cavité abdominale, il se produit généralement une série de réflexes violents simulant assez bien les grandes réactions péritonéales. Les malades sont pâles, couvertes de sueurs froides, le pouls est petit et rapide, les pupilles dilatées ; les nausées et même les vomissements complètent le tableau symptomatique. Tout cela s'installe brusquement, avec une rapidité inouïe, et si l'on in-

tervient on est tout étonné de trouver une petite quantité de sang occupant le Douglas. Et si cependant l'on temporise l'état de la malade, après quelques heures s'améliore, les grands signes de shock s'amendent, bien que la malade conserve une certaine pâleur qui ne tardera pas à disparaître. »

En somme pour MM. Albertin et Desgouttes les accidents hémorragiques les plus dramatiques s'amendent spontanément dans un grand nombre de cas, parce qu'ils tiennent surtout à un mécanisme nerveux, à des réflexes péritonéaux qui prédominent dans la pathogénie du shock. C'est là une première contre indication à l'intervention.

L'opération dite « d'urgence » paraît encore à ces auteurs devoir être rejetée parce qu'elle est pratiquée d'ordinaire, dans des conditions très précaires de résistance organique : « Une malade est apportée à l'hôpital venant d'avoir une rupture quelques heures auparavant. Faisons-nous à cette malade une laparotomie d'urgence ? En règle générale, non, mais nous l'immobiliserons avec de la glace en permanence sur l'abdomen et nous la mettrons en observation. C'est à propos de ces cas, qu'en présence de l'importance et de la rapidité de l'amélioration nous avons pu temporiser et intervenir plus tard. »

Une seule exception à la règle générale de la temporisation est à faire, dans les cas d'hémorragies à répétition après mise en œuvre du traitement médical : « Lorsqu'une malade mise au repos complet, dans une chambre obscure, à l'abri de toute espèce d'impressions violentes, avec de la glace en permanence sur l'abdomen, fait une deuxième hémorragie il faut alors intervenir

immédiatement. Il faut de même intervenir chez les malades qui, apportées dans un état grave et mises en observation, ne paraissent tirer aucun bénéfice de l'expectation.

Enfin MM. Albertin et Desgouttes complètent leur argumentation en faveur de l'intervention retardée en attirant l'attention sur les points suivants, à savoir : « L'opération d'urgence est d'une haute gravité parce que pratiquée trop souvent dans de mauvaises conditions matérielles, la nuit, avec des aides inexpérimentés, dans un milieu douteux, et qu'on court le risque d'infecter l'opérée. Cette intervention « à chaud » est, à leurs yeux, moins curative que pratiquée « à froid », car la toilette péritonéale est moins soigneuse (d'où danger d'adhérences, lenteur de la résorption sanguine, conditions favorisant l'infection) et la rapidité même de l'acte opératoire hâtif expose à laisser des débris placentaires. « A froid » au contraire, le facteur rapidité devenant secondaire l'opération se réalise complètement. Les statistiques fournies par les chirurgiens lyonnais montrent que l'intervention retardée ne leur a donné aucun décès. (46 laparotomies pour ruptures tubaires de toutes modalités cliniques sans décès).

Une dernière question est à préciser au moment de clore cette étude de l'argumentation temporisatrice. Quelle doit être la durée de l'attente ? D'après MM. Albertin et Desgouttes, des malades ayant présenté un ictus abdominal grave et mises à un traitement d'attente rigoureux, peuvent être opérées dans de bonnes conditions après trois jours et jusqu'au dixième jour. C'est là l'époque de choix. Les symptômes graves ont disparu, la per-

te sanguine est réparée, et l'opération reste facile, car il n'y a pas encore à ce moment organisation des caillots et adhérences solides.

CHAPITRE II

Les Indications opératoires

*La laparatomie non précipitée mais précoce
intervention de choix.*

I

*Comment interpréter l'opposition des théories
thérapeutiques ?*

Une constatation s'impose après étude des argumentations antagonistes, c'est la netteté avec laquelle elles s'opposent. Pourquoi des divergences de vues aussi absolues ont-elles pu s'établir sur un sujet qui, semble-t-il, devrait être aujourd'hui bien jugé ?

Depuis 1885, date où Lawson-Tait inaugure la période thérapeutique de la question des hémorragies périutérines par rupture de grossesses ectopiques, jusqu'en 1907, la doctrine de l'intervention immédiate règne d'une façon à peu près incontestée. A ce moment-là apparaît la théorie temporisatrice et désormais la controverse très vive s'éternise sans que l'une ou l'autre école thérapeutique semble perdre ou gagner du terrain. Nous assistons à cet événement paradoxal de voir de nombreux chirurgiens, (en dépit d'une technique chirurgicale deve-

nant toujours plus précise et hardie) se cantonner dans un *modus faciendi* d'expectation et de prudence et se fier dans les premières phases du mal à la « *Natura Medica* » aidée par des moyens médicaux seuls. A ce paradoxe nous voyons plusieurs raisons.

Le problème a-t-il été posé avec netteté ? Souvent non. On a longuement discuté sur les hémorragies par rupture tubaire sans envisager des cas comparables. Cas comparables et non pas semblables ; car s'il est vrai qu'il n'y a, en médecine, que des malades et pas de maladies, cet aphorisme est plus justifié que partout ailleurs en ce qui concerne notre sujet. Plus de précision dans les modalités des cas étudiés (différenciation des formes cliniques, conditions de milieu et de temps), aurait rendu les discussions plus fructueuses et permis à des adversaires déclarés de se trouver « au fond » du même avis.

Une autre raison de ces divergences de vues nous paraît justement résider dans la complexité du tableau clinique et, il faut bien le dire, dans les tendances individuelles des opérateurs. On l'a dit maintes fois ; la décision opératoire, en présence d'un tableau dramatique d'hémorragie péritonéale grave est affaire « d'intuition », « de tact ». Il est certain que « l'équation personnelle » de chaque chirurgien est pour beaucoup dans la décision thérapeutique qu'il adopte habituellement en pareil cas.

Enfin, ainsi que nous le disait dans son service M. le Professeur A. Pollosson, il est incontestable qu'il y a, en cette matière, « des séries » individuelles. Des chirurgiens n'ont jamais, ou presque jamais vu de mort par accidents de rupture tubaire abandonnés à eux-mêmes. N'ont-ils pas vu de véritables inondations péritonéales ?

Quelques-uns ont-elles guéri ? Quoiqu'il en soit comment ne seraient-ils pas temporisateurs ? D'autres ont dans leur pratique des exemples nombreux de la haute gravité de pareils accidents non opérés d'urgence. Ils ont sauvé de nombreuses malades en intervenant le plus vite possible. Ils sont interventionnistes convaincus.

II

La laparotomie précoce intervention de choix.

Un point nous paraît capital en exposant une conception opératoire quelconque, c'est celui de la distinction à établir entre les deux formes essentielles, anatomiques et cliniques de l'hémorragie. Dans un cas c'est la grande inondation péritonéale ; il s'agit d'un épanchement sanguin très abondant, diffus et restant diffus, l'autre éventualité est celle d'un épanchement moindre et évoluant assez rapidement vers l'enkystement, vers l'hématocèle.

Partant de cette base précise qu'il s'agit d'une hémorragie à caractères d'inondation péritonéale, observée dans les premières heures, nous appuyant sur nos observations, et surtout sur l'expérience des chirurgiens qui nous ont guidé ; nous allons exposer les raisons qui nous font préconiser la laparotomie non précipitée mais précoce, dans les heures et non dans les jours qui suivent l'apparition des accidents.

En faveur de l'intervention précoce plaident des arguments de plusieurs ordres : *Anatomiques, Cliniques, Opératoires, Statistiques.*

Arguments anatomiques

Quoiqu'on en ait dit, l'inondation péritonéale est extrêmement grave si on l'abandonne aux seules défenses naturelles. L'hémorragie est massive. Nos observations en apportent de beaux exemples. Dans les cas que nous rapportons, opérés d'urgence, on a trouvé l'abdomen rempli de sang rouge, liquide, en quantités variant de un à trois litres.

La perte physiologique indiquée par Robb était largement dépassée et pourtant ces malades ont guéri ! L'hémorragie a peu de tendances à s'arrêter d'elle-même, même au repos absolu, même sans examen intempestif. De ce fait en contradiction avec ceux cités par MM. Robb et Simpson nous apportons aussi des exemples. Il nous semble que ce caillot obturateur qui, d'après eux, peut et doit s'établir par le seul traitement médical n'a pas été observé bien souvent et que sa formation au contact de l'endothélium péritonéal (milieu anticoagulant par excellence) doit être bien gênée ! Le fait qu'on ne voit pas le plus souvent à l'intervention les vaisseaux qui saignent prouve-t-il la tendance naturelle qu'a l'hémorragie à se suspendre ? Nous ne le croyons pas. Nombre d'opérateurs sont tombés sur des hémorragies en plein cours et à sang rouge (le fait est noté dans notre observation V) ; d'ailleurs les conditions même dans lesquelles a lieu l'intervention (suivant l'expression de Lejars : « On opère au milieu d'un véritable lac sanguin »), la nécessité première de placer des pinces sur les pédicules vasculaires, rendent le plus souvent impossible la vue directe ou la recherche du point qui saigne.

On objecte encore que les gros vaisseaux ; artère utérine, artère utéro-ovarienne ne sont jamais lésés.

Il est certain que si ces artères étaient intéressées l'hémorragie serait telle que la mort surviendrait avant qu'on ait pu même établir un diagnostic, mais si le calibre des vaisseaux rompus est très ténu, il n'en reste pas moins que ces capillaires tubaires, développés à l'extrême par le fait de la gravidité de l'organe, peuvent remplir en quelques heures un abdomen de sang. L'analogie est complète avec les hémorragies si redoutables des capillaires de l'épiploon.

Restent enfin les preuves expérimentales fournies par la dilacération des artères utérines et utéro-ovariennes sur des chiennes gravides. Ainsi que l'écrit M. le Professeur de Bovis, dans la « Semaine Médicale » du 4 novembre 1908, on ne saurait en faire état ; « tout ce qu'elles prouvent c'est que le chien possède une contractilité artérielle ou une plasticité sanguine supérieure à celle de l'homme. »

Arguments cliniques

Si les constatations d'anatomie pathologique plaident en faveur de l'intervention aussi précoce que possible, les données cliniques l'imposent surtout.

Les accidents aigus d'inondation péritonéale s'amendent-ils spontanément dans un grand nombre de cas parce qu'ils tiennent surtout à des réflexes péritonéaux déclanchés par une quantité relativement faible de sang ?

Un fait constant relevé dans tous les cas vraiment dramatiques c'est l'abondance de l'hémorragie. Certes, les réflexes péritonéaux s'ajoutent à ce facteur essentiel sans

qu'on puisse évaluer très exactement la part respective qui revient à chacun d'eux pour créer « cette pâleur immense » ce collapsus si impressionnant des malades en plein ictus abdominal, mais : *Shock est synonyme avant tout ici de : spoliation sanguine considérable.*

Avec la constatation de ce shock intense chez de telles malades nous touchons à l'argument fondamental des temporisateurs, à celui qui revient comme un « leit-motiv » au cours des discussions : « *Avec l'opération précoce vous prétendez guérir, mais vous tuez parce que vous ajoutez un shock à un autre shock !* »

Nous avons recherché pour les joindre à ce travail les observations les plus caractéristiques possibles de malades opérées en plein collapsus et qui ont parfaitement guéri.

Ce ne sont, il est vrai, que quelques documents s'ajoutant à un très grand nombre d'autres aussi probants. (M. De Bovis en cite de beaux exemples dans son article de la « Semaine Médicale ».)

Notre observation I rapporte l'histoire d'une malade opérée d'urgence, le 16 mai 1920, dans le service de M. le Professeur A. Pollosson, avec pouls à 130 et dans un état tel que : « le simple déplacement du lit à la table d'opération provoque une syncope avec vomissements. » La cavité abdominale est trouvée remplie de sang rutilant, cependant l'opérée fait son premier lever le 29 mai et sort guérie le 7 juin. Toutes nos observations insistent sur l'état en apparence désespéré des malades. La suivante (Observation V), due à l'obligeance de M. Declercq, chirurgien des Hôpitaux, est à citer. La situation est résumée ainsi au moment où l'intervention va avoir lieu : « Pouls inexistant. Etat général extrêmement gra-

ve », tellement grave que le chirurgien (et il nous autorise à l'indiquer) a l'impression que le personnel infirmier qui l'entoure se demande si vraiment il va intervenir. Il intervient cependant et la fin de cette observation se termine ainsi : « Guérison simple. Pouls perceptible et rapide le lendemain, normal le surlendemain. »

Mentionnons encore un exemple plus typique qui nous a été cité verbalement par M. le Professeur A. Pollosson. Il opère en plein shock une malade pour accidents aigus de rupture tubaire. Examinant son opérée une heure environ après l'intervention, le chirurgien a l'impression que cette femme saigne encore, qu'elle « s'en va. » Une laparotomie immédiate est pratiquée une deuxième fois et montre en effet une suture rompue et la persistance d'une hémorragie. L'hémostase parfaite est assurée et *la malade guérit normalement après deux shocks opératoires successifs !*

De tels exemples constituent des preuves de valeur et ce ne sont pas là uniquement des cas heureux, des exceptions. Les chirurgiens qui ont bien voulu nous apporter les résultats de leur expérience personnelle nous ont tous dit que la guérison des malades opérées même « très shockées » est la règle, l'issue fatale post-opératoire l'exception. La crainte du shock opératoire ajouté à celui déjà existant, qui est bien l'ultima ratio des partisans de la laparotomie retardée paraît donc exagérée et contredite par les faits. L'organisme se défend mieux contre une perte massive, non prolongée et unique de sang, que contre l'hémorragie lente mais continue ou récidivante. Ces hémorragies « à poussées » dont parle Segond, caractérisent les cas qui nous occupent. Il est

vrai que ces cas justifient aussi pleinement pour les temporisateurs l'intervention immédiate, dès la constatation du fait, et que c'est là la seule exception à leur règle de conduite.

Si l'on n'hésite pas à opérer à un moment où la perte sanguine s'est aggravée, où les conditions sont plus mauvaises, ne vaudrait-il pas mieux intervenir d'emblée dans tous les cas ! Il est vrai que pour agir ainsi, il faudrait être convaincu que la mortalité de l'inondation péritonéale abandonnée à elle-même est très élevée, or l'idée contraire étant admise il est logique de considérer alors l'opération comme imposée, mais non souhaitable, comme un pis-aller.

Pourtant l'hémorragie de l'inondation péritonéale a bien pour caractéristique de se faire soit d'une façon lente et continue, soit capricieusement, par poussées.

Il nous semble que c'est là un fait d'observation courante et que l'éventualité si probable de nouvelles poussées hémorragiques mise en parallèle avec l'existence d'une perte sanguine déjà massive, à laquelle va s'ajouter, il est vrai, un shock opératoire, doit entraîner la décision du chirurgien dans le sens d'une intervention hardiment décidée et conduite.

Le collapsus ne contre indique pas l'intervention. Il est surtout l'effet de l'hémorragie et la thérapeutique à appliquer doit être pathogénique plutôt que symptomatique ! L'opinion émise par M. De Bovis est aussi la nôtre : « A opérer systématiquement toutes ses malades en collapsus, un chirurgien risque d'en perdre moins qu'à se croiser systématiquement les bras. » Il nous semble qu'on doit faire fond davantage sur la résistance orga-

nique des malades. Sans assimiler les cas que nous étudions à ceux des grands blessés de guerre saignés eux aussi presque « à blanc », nous ne pouvons nous empêcher d'établir entre eux quelques comparaisons. Certaines visions d'ambulance s'imposent à notre esprit. L'état d'une femme exsangue par inondation péritonéale n'est pas, à beaucoup près, dissemblable de celui d'un de ces grands blessés, atteint de broiement étendu des membres, commotionné, avec hémorragie et shock intenses. De tels blessés, avec le facteur énorme d'aggravation constitué par l'infection, étaient cependant amputés d'urgence ! Beaucoup guérissaient ! Arrivés « sans pouls » à l'ambulance, comme nos malades arrivent à l'hôpital, ils ressuscitaient ! Les chirurgiens savaient qu'il fallait faire confiance à leur vitalité et escomptaient ces résurrections. La chirurgie de guerre a montré qu'en face d'un collapsus hémorragique en apparence désespéré il ne faut jamais perdre l'espoir d'une survie possible. Nous ne pouvons nous empêcher de voir là une raison de plus pour faire fond sur la résistance organique, même vaincue en apparence, de ces « grandes blessées », que sont à proprement parler les femmes atteintes de grande hémorragie péritonéale.

Arguments opératoires

A l'appui de la doctrine de l'intervention précoce plaident encore pour nous des données opératoires. En ce qui concerne les conditions matérielles qui entourent l'intervention il est indiscutable qu'un chirurgien ne tentera jamais une laparatomie s'il n'est pas sûr de son aseptie. Cette aseptie est toujours réalisée dans les cli-

niques ou à l'hôpital et si on opère à domicile (ce qui est l'idéal) on peut s'ingénier à l'obtenir en quelques heures.

L'intervention « à chaud » nous paraît plus rapide et facile, donc aussi curative que l'opération pratiquée « à froid ». Les conditions sont les mêmes que pour une appendicite opérée dans des circonstances analogues. Dans les premières heures la cavité abdominale est libre d'adhérences. Sang liquide et caillots non organisés permettent toujours une ablation facile et complète de la trompe rompue et des débris placentaires. La toilette péritonéale, qui peut se réaliser complète si on le désire, est, en tous cas, plus aisée que dans la suite où l'on trouve des adhérences serrées, des épaissements péritonéaux, des foyers de péritonite séreuse qui rendent parfois laborieuse l'opération et allongent la convalescence.

Arguments statistiques

Au cours de cet exposé des raisons qui militent en faveur de l'intervention précoce, nous n'avons pas parlé des statistiques opératoires afin d'en tirer argument pour ou contre. Nous croyons en effet qu'elles ont le défaut de comprendre des cas trop dissemblables englobés sous le terme général « d'hémorragies par rupture de grossesse tubaire ». Nous n'avons pu nous-même, par manque de temps, et nous le regrettons, réunir un nombre suffisant d'observations caractéristiques d'inondations péritonéales pour en déduire des chiffres à joindre à notre thèse. Il nous semble que les chiffres souvent cités fournis par Cestan et Segond conservent leur valeur. D'après

Cestan, l'abstention opératoire donne 85,8 o/o de morts et l'intervention 84,6 o/o de guérisons.

Pour clore ce chapitre concernant les avantages de la laparotomie précoce dans les cas d'inondation péritonéale et avant de tracer un schéma de la conduite à tenir dans la pratique, nous transcrivons les lignes suivantes de M. Lejars qui résument, mieux que nous ne pourrions le faire nous-même, notre opinion sur la question : « L'hémorragie cataclysmique ne saurait guère prêter à discussion, au moins dans sa forme brutale et terrifiante... que la mort soit fatale et inévitable après certaines hémorragies tubaires on ne saurait le nier ; en pratique si la décision est vite prise et que l'on concentre tous ses efforts à la réaliser le plus tôt possible on arrive le plus souvent « à temps »... L'on fera bien de ne pas s'arrêter devant l'aspect menaçant, à bref délai de la malade, de passer outre et de tenter hardiment la dernière ressource ; ce sera le plus souvent et dans les conditions les plus désespérées en apparence, le salut et la vie ! »

CHAPITRE III

La conduite à tenir en cas d'Inondation Péritonéale

Dans la pratique on ne peut s'en tenir devant un tableau aussi tragique que celui d'une hémorragie cataclysmique de rupture tubaire à une formule absolue, appliquée systématiquement, en tous temps et en tous lieux ; sans parler des capacités chirurgicales du praticien qui a la redoutable responsabilité de traiter un tel cas. En toutes circonstances du moins, une première tâche s'impose au médecin dès son diagnostic posé ; c'est la mise en œuvre immédiate de tous les moyens susceptibles, sinon de suspendre l'hémorragie, du moins de la réduire au minimum et de lutter contre le Shock. Les discussions des interventionnistes et des temporisateurs ont eu l'avantage de mettre en valeur l'importance du traitement d'attente, « passe-partout » pourrait-on dire et de le préciser avec netteté.

1° Le traitement médical d'attente

La malade est mise au repos, au lit, la tête basse, au calme complet, à l'abri de toute sensation vive, lumineuse ou auditive et soigneusement réchauffée. Une large vessie de glace est placée sur l'abdomen. On pratique une

injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine, mais on use avec modération de ce médicament dépres-seur. Les examens gynécologiques rigoureux et répétés sont à éviter. Il faut à cette phase user avec prudence du sérum physiologique simple ou adrénaliné, des hypertenseurs (adrénaline-ergotine) et des toni-cardiaques. (Ether, caféine, strychnine, huile camphrée). Relever en effet trop vite et artificiellement la tension sanguine c'est s'exposer aux accidents de l'hypertension ; à accroître l'intensité de l'hémorragie ou à la rallumer si elle avait tendance à s'arrêter. La modération dans l'emploi de la médication cardio-tonique et hémostatique est donc de rigueur.

2° *L'évolution du tableau clinique. Inondation péritonéale ou hémato-cèle ?*

Cette thérapeutique médicale strictement appliquée, le devoir impérieux du médecin est ensuite d'étudier sa malade, soigneusement, longuement, avec tout son bon sens et tout son calme, pour essayer de saisir l'évolution de cette hémorragie dont le propre est d'être « capricieuse et terrible ». Il reste auprès de la patiente, apportant déjà par sa présence un peu d'apaisement à l'anxiété, à la douleur « en coups de poignard » du début de la crise, communiquant à l'entourage le calme et la confiance nécessaires pour continuer et mener à bien la lutte entreprise.

Le praticien a devant lui quelques heures pour se décider et agir, mais les minutes ont ici une immense valeur. Il étudie soigneusement le pouls qui est noté de

dix en dix minutes, l'état de la respiration ; l'examen gynécologique du début qui a été rapide n'est pas renouvelé. (Le plus souvent d'ailleurs cet examen n'a pas ajouté d'élément à un diagnostic qu'imposent les anamnestiques et le tableau clinique). L'examen abdominal montre parfois du météorisme et un certain degré de matité dans les flancs. *Comment évolue le tableau clinique ?* C'est là en effet le point capital à établir et le praticien doit arriver, malgré la difficulté de la tâche à se faire une opinion sur le point suivant : La malade continue-t-elle à saigner, ou bien y a-t-il rémission ; s'agit-il vraiment d'un état « cataclysmique » qui continue inexorablement son cours ou bien peut-il croire à l'arrêt des accidents hémorragiques et prévoir la formation d'une hématocele ? Il est difficile certes, de répondre à cette question. Que revient-il au shock péritonéal réflexe et à l'hémorragie elle-même ?

Les méthodes de laboratoire (numération globulaire, recherche de la quantité d'hémoglobine) ne sont qu'exceptionnellement applicables. *Un élément paraît essentiel pour trancher ce débat d'où découle une thérapeutique logique, c'est l'étude attentive et comparée du pouls plus encore que l'allure générale des grands signes fonctionnels.* Le Professeur Pinard insistait à une séance de la Société d'obstétrique de France, en 1908, sur la nécessité d'une surveillance attentive du pouls. Le choc péritonéal réflexe déclenché par une quantité minime de sang le modifie, il est vrai, considérablement, mais il est encore plus caractéristique (accéléré et dépressible) dans l'hémorragie interne grave. La mesure de la tension artérielle avec l'appareil de Pachon faite à intervalles est sus-

ceptible de rendre, toutes les fois qu'on peut l'utiliser, les plus grands services.

Un examen clinique soutenu et attentif est donc susceptible de créer pour le médecin une conviction ferme sur l'évolution vers laquelle s'acheminent les accidents constatés. *La situation doit se juger au cours des deux ou trois premières heures et ceci est un maximum.* Deux éventualités sont possibles.

La tension sanguine se relève, le pouls est mieux frappé, moins rapide, les signes généraux s'amendent et cette amélioration se maintient. L'évolution favorable du tableau clinique montre que les accidents initiaux étaient dus plus au shock péritonéal qu'à la gravité de l'hémorragie interne. Il s'agit de la forme péritonitique (Albertin) qui aboutira dans les jours qui vont suivre à la formation d'une hématoçèle par enkystement du sang extravasé. On pourra alors n'intervenir que tardivement, dans les jours qui suivront, et appliquer à cette hématoçèle son traitement de choix tout à loisir.

Opposée à cette alternative est celle où l'état du pouls, vérifié de quart d'heure en quart d'heure, reste mauvais ou tend à empirer, faiblit ou devient plus rapide. Parfois une amélioration paraît se produire sous l'effet de la médication cardio-tonique, mise en œuvre, puis brusquement le pouls faiblit à nouveau, traduisant la continuation ou l'accentuation de l'hémorragie interne. D'ailleurs dans son ensemble le tableau clinique de la grande inondation péritonéale est vraiment caractéristique. C'est avant tout un syndrome d'anémie aiguë, auquel se surajoutent quelques signes péritonéaux (nausées, vomissements, ballonnement abdominal) traduisant la réaction de la sé-

reuse mais moins constants, moins typiques. La femme a été prise brusquement d'une douleur abdominale suraiguë « en coup de poignard » analogue à celle d'une rupture viscérale. Très vite se sont établis les grands signes d'hémorragie interne grave, bien plus encore que de shock. La malade horriblement angoissée et agitée est d'une pâleur impressionnante. Non seulement le visage est de cire, mais la peau et les muqueuses sont décolorées, les pupilles dilatées, le facies grippé.

Tout dans cette malade d'une faiblesse extrême, souffrant d'une soif vive, aux extrémités refroidies, à la respiration accélérée et superficielle, présentant en permanence des vertiges, donne l'impression de la mort imminente. Cet ensemble symptomatique s'ajoutant à l'étude du pouls montre que l'hémorragie continue, qu'il s'agit bien d'inondation péritonéale vraie. Le chirurgien ne doit plus temporiser, la laparotomie immédiate s'impose. Peut-on la pratiquer toujours ?

3° *Pratique rurale et pratique urbaine*

A la campagne où le médecin praticien est seul, dans un milieu peu favorable, le traitement médical pur lui est imposé neuf fois sur dix, même s'il se sent capable, le cas échéant, d'opérer une inondation péritonéale. C'est là un pis-aller et il est malheureusement certain que les malades de la campagne atteintes d'hémorragie intra-péritonéale grave voient leur chances de guérison plus réduites que celles proches d'un centre chirurgical. Le médecin peut cependant encore beaucoup s'il fait preuve d'énergie et de décision. Il doit tenter d'exécuter, s'il s'en

sont capable, ou de faire exécuter par un chirurgien, appelé en hâte, l'intervention à domicile.

Il faut que le milieu soit bien mauvais pour qu'une laparotomie d'urgence soit absolument inexécutable. L'opération en elle-même est courte et ne demande pas une instrumentation très compliquée. Tout se ramène à pouvoir réaliser l'asepsie, or de nos jours on doit, semble-t-il, pouvoir l'obtenir dans tous les cas et dans n'importe quel milieu. Quant à la crainte irraisonnée et exagérée d'un décès post-opératoire, elle ne doit pas être prise en considération, étant donnée la gravité des accidents constatés.

Dans la pratique urbaine ou à proximité de ressources chirurgicales, la conduite à tenir est facilitée et bien précise. C'est un chirurgien expérimenté qui intervient. L'opération à domicile, si le milieu le permet, reste l'idéal en évitant à la malade la fatigue d'un transport même court, l'émotion d'un changement de milieu. Si l'opération sur place est impossible, ou paraît demander une préparation trop longue, il ne faut pas hésiter à transporter la malade dans une clinique ou à l'hôpital, dans des conditions matérielles aussi peu pénibles que possible, en position horizontale ou légèrement déclive, en évitant les heurts ou les changements de position. C'est difficile, mais un médecin qui veut donner à sa malade toutes les chances de survie, sait s'ingénier à résoudre ces difficultés d'ordre matériel.

Par quelle voie faut-il intervenir ? Laparotomie ou colpotomie ? La question ne doit même pas être discutée. *La laparotomie est l'opération de choix, la seule à pratiquer.* Tous les chirurgiens sont sur ce point universellement

d'accord, car seule elle permet de voir nettement l'état des lésions en opérant au grand jour, de faire une ablation facile et complète de la trompe gravide et d'être sûr de l'hémostase.

La colpotomie n'est jamais à pratiquer. Applicable parfois en milieu infecté, son indication reste l'hématocèle suppurée et on peut sans exagération la passer sous silence, dans le traitement d'urgence de la grande hémorragie intrapéritonéale.

4° La laparotomie très précoce. — Ses caractéristiques. — Sa technique

La laparotomie précoce, sinon immédiate, appliquée dans de telles circonstances doit présenter deux caractéristiques essentielles : *Réduction au minimum du traumatisme opératoire. Rapidité maxima.*

L'asepsie de la paroi abdominale réalisée rapidement l'anesthésie est faite à l'éther, anesthésique de choix dans les cas de shock intense ou d'anémie grave. Elle doit être aussi légère que possible, discontinue, pratiquée par un anesthésiste entraîné à obtenir une résolution musculaire complète avec une dose minima d'anesthésique. Dès ce moment on peut et on doit mettre en œuvre la médication stimulante et toni-cardiaque sans craindre une élévation nocive de la tension sanguine. Des aides pratiquent une copieuse injection intra-veineuse de sérum physiologique tiède, variant de 500 à 1200 grammes, dont l'effet est souvent merveilleux. Des injections hypodermiques d'éther, de caféine, d'huile camphrée sont instituées. Ce traitement « d'assaut » établi énergiquement

contre le collapsus simultanément à l'opération est d'une utilité considérable à ce moment-là, où l'hémostase opératoire va être réalisée, et où l'on n'a plus à redouter les hémorragies itératives dues à un relèvement trop brusque de la tension sanguine.

Afin d'aller un peu plus vite, la laparotomie transversale cédera le pas à la laparotomie médiane sous ombilicale commencée en position horizontale et rapidement continuée en position de Trendelenburg.

La majorité des chirurgiens adopte en dehors des deux temps extrêmes de l'opération (incision et suture de la paroi) la position déclive qui amenant la chute de la masse intestinale vers le diaphragme met bien au jour le petit bassin. Cette position a cependant l'inconvénient de provoquer une accumulation de sang dans la coupole diaphragmatique, sang qui reflue ensuite quand on remet la malade horizontalement et vient inonder à nouveau le champ opératoire ; c'est pourquoi la position horizontale conservée en cours d'opération a des partisans. Un détail de technique intéressant est celui qui consiste à faire prendre à l'opérée, pendant quelques secondes, la position demi-assise, ayant de suturer la paroi, pour permettre au sang accumulé dans les parties hautes de s'écouler et obtenir un assèchement parfait de la cavité abdominale.

En réalité ceci est de peu d'importance et il ne semble pas nécessaire d'assécher la cavité péritonéale à la fin de l'intervention, au contraire. Laisser une certaine quantité de sang en comptant sur le pouvoir d'absorption de la séreuse péritonéale, c'est faire en quelque sorte une auto-transfusion sanguine dont le bénéfice peut être fort

appréciable. Dans la pratique et pour éviter toute perte de temps occasionnée par un changement d'orientation de la table d'opération, le mieux sera, dès le début de l'intervention et aussitôt l'anesthésie obtenue suffisante, de mettre la malade en position légèrement déclive et de conduire toute l'opération, (y compris la fermeture de la paroi) sans faire varier la position. Outre que l'intervention sera, de cette façon, particulièrement facilitée, la position tête basse n'est-elle pas idéale dans les cas d'anémie aiguë par grande hémorragie ?

L'incision abdominale pratiquée mène à un véritable « lac sanguin », avec peu ou pas du tout de caillots. Une grande serviette de toile stérile récline rapidement vers le diaphragme la masse intestinale, grêle et gros intestin. Le champ opératoire ainsi découvert on éponge rapidement avec quelques compresses le sang qui remplit le pelvis. Le fond utérin est alors reconnu et au besoin saisi avec un hystérolabe et la trompe gravide de suite reconnue est extériorisée. Rapidement on place une pince sur les deux pédicules vasculaires, l'une au niveau de l'isthme tubaire au ras de la corne utérine, l'autre sur le ligament infundibulo-pelvien. La trompe est alors enlevée en bloc et cette ablation, en raison de l'absence d'adhérences est toujours facile et rapide. *On doit toutes les fois que la chose est possible, n'enlever que la trompe et laisser l'ovaire du côté malade.* Ceci a son importance. Les grossesses extra utérines sont parfois récidivantes et on peut être amené dans une opération ultérieure à enlever complètement les annexes du côté malade d'où avantage pour la femme à avoir conservé un ovaire, lors de la première intervention, puisqu'elle continuera à être

réglée, malgré deux interventions pour grossesse extra-utérine. L'ablation de la trompe étant réalisée les pinces sont remplacées par deux solides ligatures que l'on peut ensuite nouer l'une avec l'autre, ce qui réalise une péritonisation suffisante en rapprochant les deux moignons utérin etombo-ovarien et fait gagner le temps qu'aurait nécessité une péritonisation du ligament large. On s'assure alors que l'hémostase est parfaite et on peut réaliser à ce moment là, si on le désire, une toilette péritonéale plus complète. Les avis sont partagés sur ce point. Tous les chirurgiens enlèvent les caillots volumineux, mais les uns laissent volontiers le sang liquide et d'autres préfèrent assécher soigneusement la cavité abdominale avant de la refermer. Les raisons apportées en faveur de l'une ou l'autre manière d'agir nous paraissent également bonnes. La réalisation d'une toilette péritonéale soignée a l'inconvénient de prolonger un peu une opération dont la caractéristique doit être la rapidité ; elle aggrave donc le traumatisme opératoire et augmente le shock ce qu'on doit éviter à tout prix. En outre, et comme nous l'avons déjà dit, le sang laissé dans la cavité péritonéale réalise une auto-transfusion sanguine, en permettant la récupération d'éléments sanguins extravasés, utiles à l'hématopoïèse ultérieure et cela a bien son importance puisque les suites opératoires ne sont pas troublées.

Quelle que soit la solution adoptée en ce qui concerne ce point de technique, l'hémostase étant assurée, la paroi sera refermée complètement et sans aucun drainage. Si l'état de l'opérée le permet l'idéal sera de faire une suture classique de la paroi à trois plans (séreuse, musculo-aponévrotique, et cutanée). Mais s'il faut gagner à tout

prix un temps précieux, le mieux est de se contenter de passer à travers toute la paroi deux ou trois fils métalliques en U, que l'on serrera sur des tampons de gaze et de réaliser ainsi une suture totale, à un seul plan, solide, rapide et très suffisante.

La laparotomie d'urgence type dont nous venons de tracer les grandes lignes ne dure en moyenne que 10 à 15 minutes.

Les soins post-opératoires ont une importance capitale. L'opérée reportée dans son lit sera réchauffée, placée en position légèrement élevée du bassin et la tête très basse.

La médication cardio tonique sera poursuivie, les injections de sérum répétées, l'huile camphrée donnée « largà manu ». Dans les cas extrêmement graves avec perte sanguine massive la transfusion du sang reste le moyen héroïque de salut. Dans la majorité des cas l'intervention est assez bien supportée, puis très rapidement, au bout de quelques heures, le pouls radial se remonte, les muqueuses se colorent, le collapsus s'atténue, la convalescence s'établit et l'opérée peut effectuer d'ordinaire son premier lever au bout de douze à quinze jours.

Le retour à l'état normal, favorisé par une alimentation et une médication reconstituantes, est obtenu, en général, intégralement du vingtième au trentième jour et l'opérée rend grâce, à ce moment là, au chirurgien, qui a su, par sa décision, rétablir une situation dont les affres ne sont plus dans son esprit qu'un mauvais rêve.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Service de M. le Professeur Pollosson)

Mme X..., 32 ans, ménagère.

Entrée le 15 mai 19... — Sortie le 7 juin 19..

Diagnostic : Grossesse extra-utérine rompue. Inondation Péritonéale.

Intervention. — Laparotomie en état de shock. Grossesse tubaire gauche rompue. Ablation des annexes gauches.

Antécédents. — Pas d'accouchement antérieur, ni de fausses-couches. Réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans. Les règles étaient abondantes, prolongées (6 jours en moyenne), toujours douloureuses imposant souvent à la malade un repos de deux jours. Amaigrissement considérable (18 kgs au dire de la malade en un an et demi). Depuis six mois l'anémie s'est accentuée. Il n'y a pas eu cependant de modifications du côté des règles.

Actuellement à l'interrogatoire on note : Dernières règles normales le 29 mars 19... La malade eut trois jours après des pertes rouges qui durèrent une demi-journée.

Le 14 mai dans la matinée, sensation brusque de déchirure dans le ventre du côté gauche ; il y eut une très légère perte sanguine ; douleur violente avec tendance à la syncope qui se renouvela dans la journée.

Le 15 mai, vers sept heures du matin, nouvelle crise douloureuse brusque avec nausées, sans vomissements, douleurs abdominales violentes, avec prédominance du côté gauche. La malade fut amenée à l'hôpital dans l'après-midi. Pendant le trajet les douleurs réapparurent, mais moins violentes,

Examen à l'entrée : Signes d'anémie marquée. Agitation
Température 38°. Pouls à 120. Le toucher vaginal ne montre
aucune modification des culs-de-sac. Aucune tuméfaction,
en particulier dans le cul de sac de Douglas.

Intervention. — Pratiquée le 16 mai dans la matinée.
Pouls à 130. Malade opérée en état de shock très marqué.
Le simple déplacement du lit à la table d'opération provo-
que une syncope avec vomissements. Anesthésie à l'éther. La-
parotomie médiane, sous-ombilicale. Inondation péritonéale
par rupture de grossesse tubaire gauche, datant de quelques
semaines. La rupture a 1 cm. de long et siège à 2 cm. envi-
ron de l'insertion utérine. Hémostase rapide et ablation de
l'annexe gauche.

Suites opératoires. — Premier lever le 29 mai. Bon état
général le 31 mai. Sort guérie le 7 juin.

OBSERVATION II (Résumée)

Mme X..., 25 ans, Employée.

Entrée d'urgence le 24 décembre 19... — Sortie le 13 jan-
vier 19...

Diagnostic : Grossesse extra-utérine rompue. Inondation
péritonéale.

Intervention : Laparotomie d'urgence en état de shock.
Grossesse tubaire droite rompue. Ablation des annexes droi-
tes.

Interrogatoire et Examen à l'entrée. — La malade trans-
portée à l'hôpital dans un état grave y est admise d'urgence.
Elle a ressentie vers 13 heures une douleur abdominale brus-
que et très intense avec tendances à la syncope, pâleur et
nausées. L'interrogatoire révèle que les dernières règles ont
manqué. L'examen pratiqué à 15 heures montre un état de
shock accentué. Pouls à 112. On décide d'intervenir le plus
tôt possible.

Intervention. — A lieu à 17 heures.

Pouls à 120. Température 38°. On trouve une inondation
péritonéale par rupture d'une grossesse du volume d'un pois
développée dans l'isthme de la trompe droite au contact de

la corne utérine. Rupture large. L'abdomen est rempli d'une grosse masse de sang accumulée, surtout dans le cul-de-sac vésico vaginal. Ablation de la trompe droite et conservation de l'ovaire correspondant.

Suites opératoires. — La température reste entre 38° et 39° pendant 8 jours, puis entre 37° et 38° jusqu'à la sortie qui a lieu le 13 janvier.

OBSERVATION III

(Service de M. Delore)

(Inondation péritonéale opérée en état de shock deux heures après la rupture tubaire. — Guérison.

Mme D..., 25 ans.

La malade est admise d'urgence à l'hôpital le 11 mai 19... avec des symptômes d'hémorragie interne ayant débuté brusquement dans la matinée, à 9 heures 30.

A l'interrogatoire on note dans les antécédents une intervention il y a 3 ans pour grossesse tubaire droite diagnostiquée avant tout signe de fissuration. Actuellement la malade n'a pas eu ses règles depuis deux mois et a présenté quelques signes réflexes de la grossesse. Le 7 mai au matin premier accident. Etant à son travail la malade est prise brusquement d'une douleur syncopale. On la couche et lui fait des applications chaudes. Elle peut cependant rentrer chez elle et se trouve suffisamment bien le lendemain pour reprendre son travail et le continuer jusqu'à aujourd'hui 11 mai où elle s'y rend nullement indisposée. A 9 h. 30 elle est à nouveau prise d'une douleur abdominale « en coup poignard » et perd connaissance. Elle revient à elle, on la transporte à l'hôpital et elle entre immédiatement dans le service.

A l'examen : La malade est pâle, angoissée et présente une respiration haletante. Le pouls est peu ralenti, sans tension. Elle accuse une douleur violente au creux épigastrique. Au toucher vaginal on sent nettement dans le cul-de-sac postérieur une grosse masse dure, bosselée.

L'Intervention est pratiquée à 11 h. 45. Laparotomie mé-

diane, sous-ombilicale. On trouve en abondance du sang qui paraît encore limité à l'étage sous-ombilical de l'abdomen. On fait une toilette péritonéale soigneuse. On décolle à la main la trompe gauche du volume d'une mandarine et on suture sans incident. La malade sort guérie le 4 juin 19..

OBSERVATION IV

(Service de M. Delore)

(Intervention en état de shock pour inondation péritonéale. Guérison).

Mme X..., 23 ans.

La malade arrive à l'hôpital le 17 juin 19..., avec du ballonnement abdominal et des signes de réaction péritonéale. L'affection a eu un début brusque. On pense à une appendicite, la douleur étant plus violente à droite, à une cholécystite.. Au toucher vaginal rien d'appréciable.

Intervention. — On pratique une laparotomie iliaque droite et on tombe sur une grossesse tubaire rompue. Le ventre est rempli de sang liquide avec caillots dans le petit bassin. La trompe plutôt petite présente un orifice de rupture punctiforme. Toilette péritonéale soigneuse et ablation de la trompe droite en conservant l'ovaire. La malade sort guérie le 22 juillet.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. Delore)

(Intervention en collapsus pour inondation péritonéale. Guérison.)

Il s'agit d'une femme âgée de 30 ans, mariée depuis deux ans, sans enfants, présentant une luxation congénitale de la hanche.

Elle est prise le 9 novembre 19..., vers 3 heures du soir de douleurs abdominales violentes, avec vomissements porracés, et ballonnement du ventre.

A l'examen, pratiqué le lendemain vers 11 heures du matin, dans des conditions extrêmement mauvaises et rapides, ne

permettant pas une exploration complète on note : Pâleur assez accentuée. Tympanisme et météorisme abdominal. Pouls non perceptible. On croit avoir à faire à une appendicite avec péritonite diffuse à la dernière période.

Néanmoins après avoir refusé l'intervention immédiate on se propose de la tenter, 4 heures plus tard, si la mort n'est pas survenue. La malade est revue à 3 heures du soir. Un examen plus soigneux, possible à ce moment, et la pâleur si caractéristique montrent qu'il s'agit d'une rupture de grossesse tubaire et le diagnostic est réformé alors d'une façon absolue. L'intervention d'urgence est décidée.

A la clinique où a été transportée la malade le chirurgien a l'impression (et il nous autorise à le dire) que le personnel hospitalier se demande si vraiment l'opération va être tentée, tant l'état est grave. Le pouls est absolument inexistant.

On pratique une laparotomie médiane sous ombilicale. La cavité abdominale est remplie de sang rouge. Il s'agit d'une rupture de la trompe droite dans sa portion moyenne et le sang s'écoule en bavant lorsque la trompe est extériorisée. Toilette péritonéale complète favorisée par l'absence totale d'adhérences et fermeture de l'abdomen. Guérison très simple. Pouls perceptible et rapide le lendemain, normal le surlendemain.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Clinique gynécologique de la Charité)

(Rupture de grossesse tubaire avec inondation péritonéale quelques instants avant l'intervention déjà décidée. Guérison.)

Mme X... Entrée le 23 février 19...

L'examen fait porter le diagnostic de grossesse extra-utérine de trois mois en évolution. Au cours d'un nouvel examen pratiqué quelques instants avant l'opération surviennent des accidents aigus de rupture.

L'intervention qui se préparait est réalisée immédiatement. Laparotomie transversale. Le péritoine est plein de sang rou-

ge. On trouve la trompe droite rompue et un fœtus libre vivant dans la cavité abdominale. Il existe quelques caillots plus anciens dans le Douglas. Ablation de la trompe droite et conservation de l'ovaire. Guérison.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Clinique gynécologique de la Charité)

(Rupture de grossesse tubaire avec inondation péritonéale.

Intervention en état de shock et d'anémie très marquée. Guérison.)

Mme X..., 33 ans. Entrée le 16 mars 1912.

La malade a présenté un ictus abdominal, elle est très anémiée et « shockée ». Laparatomie médiane, sous-ombilicale. On trouve une inondation péritonéale par rupture d'une grossesse tubaire droite et un fœtus de 1 mois et demi libre entre les anses. Ablation de la trompe droite rompue. Guérison.

OBSERVATION VIII

(Clinique gynécologique de la Charité)

(Intervention différée en raison de l'état de shock très marqué. Mort.)

Mme X..., 31 ans.

Entrée le 13^e février 19... — Morte le 18 février 19...

Diagnostic : Grossesse extra-utérine rompue. Inondation péritonéale.

Intervention : Différée de 8 heures en raison de l'état de shock. Laparotomie médiane. Ablation de l'annexe droite.

Interrogatoire. — Les dernières règles normales datent du 17 décembre 19... étaient attendues pour le 15 janvier. Depuis le 20 janvier apparition de pertes légères de sang rouge. La malade est soignée durant quelques jours à domicile. Son état s'améliore et elle va très bien, hier 14 février, veille des premiers accidents.

Aujourd'hui 15 février, à midi, douleur abdominale brusque et déchirante. Perte de connaissance puis syncopes ré-

pétées dans l'après-midi. Entré à l'hôpital à 17 h. 30. A l'examen l'état de shock est tellement marqué qu'on juge l'intervention impossible à ce moment-là. (Sérum sous-cutané, caféine, huile camphrée).

A 20 h. 30, malade toujours très pâle, exsangue, syncopale, avec pouls filiforme à 140. On pratique une injection intraveineuse de sérum physiologique de 1200 grammes.

Dans l'heure qui suit le pouls devient meilleur et peut être nettement compté à 120. On décide d'attendre encore une amélioration de l'état général pour opérer.

A minuit malade revue. La malade est plus dyspnéique. Le pouls est de nouveau filant et très rapide vers 150. Devant l'évidence que l'hémorragie continue ou s'est reproduite, l'intervention immédiate est décidée.

Intervention le 16 février, à 1 heure du matin. (8 heures après l'arrivée à l'hôpital). Au moment d'intervenir nouvelle injection de 1.200 grammes de sérum artificiel. Anesthésie légère à l'éther. Laparotomie longitudinale. Abdomen rempli de sang liquide et de caillots très récents. Ablation de l'annexe droite. Suture de la paroi avec deux anses de fil métallique à un plan.

Durée de l'intervention : 10 minutes.

L'intervention ne paraît pas avoir ajouté au shock de la malade.

Suites opératoires :

17 février : Le lendemain la malade paraît se remonter, l'état général est meilleur. Le pouls reste cependant exceptionnellement rapide entre 140 et 150 avec variations d'une heure à l'autre. La température est à 38°4, le ventre est souple non douloureux. Une selle dans la journée.

18 février : L'état général est moins bon, le pouls de plus en plus rapide. Pas de métécrisme abdominal, pas de vomissements. La mort survient à 23 heures.

Autopsie. — Rien de particulier à noter, l'abdomen contient un peu de sang laissé lors de l'intervention. Les ligatures ont bien tenu. Pas de signes de péritonite.

L'examen de la pièce opératoire avait montré une fissuration très minime de la trompe avec orifice des dimensions

d'une tête d'épingle dans la portion juxta utérine, par où se faisait l'hémorragie.

OBSERVATION IX

(Due à M. Delore)

(Grossesse extra-utérine opérée. — Récidive du côté opposé deux ans après avec hémorragie cataclysmique. Mort sans opération).

Il s'agit d'une femme âgée de 30 ans, mariée depuis quatre ans, n'ayant jamais eu de grossesse. Elle est obèse et vient consulter pour des douleurs abdominales durant depuis deux ou trois mois. Elle aurait même présenté au début un ictus péritonéal : vomissements, syncope légère, ballonnement abdominal.

Au toucher vaginal les annexes gauches sont trouvées augmentées de volume et on porte le diagnostic d'hématosalpinx. La laparotomie montre en effet un hématosalpinx gauche qui est enlevé sans incident. Guérison.

La malade est revue deux ans plus tard indiquant l'absence des dernières règles et présentant des symptômes analogues à ceux notés antérieurement. Phénomènes congestifs du côté des seins. Au toucher vaginal en raison de l'obésité considérable il est impossible de déterminer si la grossesse présumée est dans l'utérus ou dans une trompe. La malade est agitée et vient pendant quinze jours réclamer à différentes reprises l'intervention. On allait accéder à sa demande lorsque brusquement, vers 7 heures du matin, éclatent des accidents hémorragiques intrapéritonéaux. L'entourage se méprend un peu tout d'abord sur la gravité de ces accidents. M. Delore est cependant appelé vers onze heures du matin mais il lui est impossible de voir la malade avant trois heures de l'après-midi. Elle est à ce moment dans un état désespéré avec une respiration extrêmement rapide et pouls incomptable, à tel point que toute intervention paraît impossible. La malade succombe d'ailleurs une heure après.

OBSERVATION X

(Hôpital de la Croix-Rousse)

(Intervention tardive pour rupture datant de 3 à 4 jours.
Mort.

Mme X..., 36 ans.

Entrée le 9 juillet 19...

La malade entre d'urgence avec des signes péritonéaux très marqués, et du ballonnement abdominal. Elle a eu un ictus abdominal trois jours auparavant.

L'intervention pratiquée d'urgence montre une rupture de grossesse tubaire paraissant dater de trois ou quatre jours. Le ventre ballonné est rempli de sang. Ablation de la trompe rompue. La malade succombe quelques heures après.

OBSERVATION XI

(Clinique gynécologique de la Charité)

(Intervention tardive à la vingt-quatrième heure. Mort).

Mme X..., 26 ans.

Entrée le 30 novembre 19...

La malade a présenté vingt-quatre heures auparavant un ictus abdominal.

L'intervention d'urgence pratiquée à la vingt-quatrième heure (10 heures du soir) montre en effet une rupture de grossesse tubaire gauche avec inondation péritonéale. La mort survient le lendemain à 13 heures.

CONCLUSIONS

1° L'indication d'intervenir d'urgence dans les cas d'inondation péritonéale vraie par rupture de grossesse tubaire est encore très discutée. Deux théories s'opposent et préconisent :

a) L'intervention d'urgence, très précoce, sinon immédiate.

b) L'intervention retardée.

2° Ces divergences de vues sur la conduite à tenir s'expliquent par les raisons suivantes :

a) Les discussions semblent avoir porté sur des cas fort dissemblables et les auteurs paraissent avoir confondu fréquemment l'inondation péritonéale vraie, c'est-à-dire l'hémorragie « cataclysmique » avec la rupture tubaire devant aboutir à l'hématocèle. Dès le début des accidents de rupture le tableau clinique est cependant différent. L'hématocèle ressemble plus à du shock péritonéal, l'inondation péritonéale réalise avant tout le syndrome d'hémorragie interne grave.

b) D'autre part la thérapeutique mise en œuvre varie avec la tendance individuelle des opérateurs. Chaque chirurgien fort « des séries » de cas heureux ou malheureux qu'il a observées, base d'après elles sa règle habituelle de conduite.

3° Les accidents aigus d'inondation péritonéale vraie (relativement rares) doivent se juger en deux ou trois heures au plus d'observation attentive et une décision opératoire doit être prise dans ce délai. L'étude soigneuse et renouvelée du pouls est un élément essentiel d'appréciation.

4° L'inondation péritonéale est justiciable tout d'abord, et en toutes circonstances, d'un traitement médical strict, « d'attente » mais de très courte durée, puis de l'intervention non précipitée mais très précoce dans les heures et non dans les jours qui suivent le début des accidents.

5° Cette indication opératoire est justifiée par les raisons suivantes :

a) L'hémorragie est massive, sans tendance à l'arrêt spontané.

b) L'état de shock tient surtout dans ce cas à la perte sanguine elle-même plus qu'à un mécanisme réflexe et ne contre-indique pas l'intervention.

c) Les résultats opératoires favorables de malades opérées à la phase aiguë d'un ictus abdominal démontrent que la crainte d'ajouter un shock opératoire au collapsus déjà existant ne justifie pas l'abstention.

6° La théorie de l'intervention retardée est donc inapplicable aux accidents aigus de rupture tubaire. Les cas qui permettent d'attendre plusieurs jours sont dus à des hématoécèles et non à des inondations péritonéales. La quantité de sang trouvée lors de l'intervention est relativement faible. Le début dramatique tient plus au shock

péritonéal déterminé par la rupture tubaire qu'à l'abondance de l'hémorragie.

7° L'opération de choix est la laparotomie, avec ablation de la trompe rompue et conservation de l'ovaire correspondant toutes les fois que cela est possible. Seule elle permet une hémostase parfaite ; seule elle est sûrement et définitivement curative.

8° Deux préoccupations essentielles doivent guider le chirurgien au cours de cette intervention dont la durée moyenne sera de 10 à 15 minutes : Réduire au minimum le traumatisme opératoire. — Aller vite.

Vu :

Le Président de la thèse,
A. POLLOSSON.

Vu :

Pr Le Doyen,
L'Assesseur : J. LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Lyon, le 2 Décembre 1920.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- Aguinet. — *De l'inondation péritonéale dans les grossesses ectopiques*. (Thèse de Paris, 1903).
- Albertin. — Traitement des grossesses extra-utérines (XXI^e Congrès français de Chirurgie, du 5 au 10 octobre 1908, Paris, p. 309).
- Albertin et Desgouttes. — Formes anatomo-cliniques et traitement de la grossesse tubaire. (*Lyon-Chirurgical*, mars et avril 1909).
- Albertin, Delore, Durand, Gangolphe, Gayet, Goullioud, Lagoutte, Laroyenne. — Société de Chirurgie de Lyon : Séance du 17 février 1910. (*Lyon-Chirurgical*, avril 1910).
- Arroyo. — *Contribution à l'étude des hémorragies intra-péritonéales consécutives à la rupture de la trompe dans la grossesse tubaire et en particulier de leur traitement*. (Thèse de Paris, 1899).
- Boursier. — *Précis de Gynécologie*. Collection Testut.
- Bovis (R. de) — Peut on opérer les grossesses extra-utérines durant la phase de shock ? (*Semaine Médicale*, 4 novembre 1908).
- Bonn (de). — Grossesse extra-utérine rompue avec inondation péritonéale. (*Progrès Médical Belge*, Bruxelles, 1909).
- Cestan. — *Des hémorragies intrapéritonéales et de l'hémato-cèle pelvienne* (Thèse de Paris, 1894).
- Choyau. — *Contribution à l'étude de l'inondation péritonéale par rupture de grossesse tubaire*. (Thèse de Paris, 1896).

- Condamin. — *Lyon-Médical*, novembre 1894.
- Cornil. — *Sur l'anatomie et l'histologie de la grossesse tubaire*. (*Revue de Gynécologie*, Paris, 1900).
- Couvellaire. — *Etude anatomique sur les grossesses tubaires*.
- Currier. (A.-F.) — In symposium on immediate versus deferred operation for intraabdominal hemorrhage due to tubal pregnancy. (Transactions of the American Gynecological Society, Mai 1908 ; in American Journal of obstetrics, juillet 1908.)
- Decongé. — *Traitement des hémorragies intrapéritonéales causées par les grossesses extra-utérines*. (Thèse de Lyon, 1906-1907).
- Doléris (J.-A.) — Grossesse extra-utérine rompue ; inondation péritonéale ; intervention différée de 24 heures, en raison de l'état de shock excessif de la malade ; guérison. (*La Gynécologie*, novembre 1909).
- Fabre. — *Précis d'obstétrique*, 1915. Collection Gilbert Carnot.
- Fabre et Bourret. — Rupture de grossesse tubaire avec inondation péritonéale. (*Bulletins et Mémoires de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 1913).
- Faure et Siredey. — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*.
- Forgue et Massabau. — *Traité de gynécologie*, 1916. (Collection Le Dentu et P. Delbet).
- Frémont. — *De quelques indications opératoires dans la grossesse extra-utérine et en particulier dans la grossesse tubaire* (Thèse de Paris, 1900).
- Gosswiller. — *De la laparotomie immédiate ou retardée dans le traitement des hémorragies de la grossesse tubaire*. (Thèse de Lyon, 1910).
- Hartmann (H.). — *Traité de gynécologie opératoire et Sur les grossesses tubaires*. (*Revue Générale de clinique et de thérapeutique. Journal des Praticiens*, 1917).
- Lawson-Tait. — *British Medical Journal*, 1885 et « Lectures on ectopic pregnancy and pelvic hæmatocele », 1886.

Labadie, Lagrave et Legueu. — *Traité Médico Chirurgical de Gynécologie*.

Lejars. — *Traité de Chirurgie d'urgence*.

Maire. — Beaucoup de femmes meurent de rupture de grossesses ectopiques non diagnostiquées. (*Centre Médical*, Janvier 1908).

Muller. — Accidents cataclysmiques de rupture de grossesse tubaire. — Abstention opératoire immédiate ; intervention retardée. — Guérison. (*Lyon-Chirurgical*, décembre 1909).

Pichevin, Riss, Bégouin, Boursier. — A propos de la grossesse tubaire (V^e Congrès de gyn. d'obst. et de ped. d'Alger, 1907).

Poncet (A.) — Thèse d'agrégation, 1878.

Pozzi. — *Traité de Gynécologie*.

Pozzi, Delaunay, Duret, Vidal et Chavannaz. — XXI^e Congrès de Chirurgie de Paris, 1908.

Reynès. — Chirurgie des grossesses extra-utérines ; voie haute et voie basse. (XXI^e Congrès de Chirurgie de Paris, 1908).

Reynier. — Traitement chirurgical de l'hématocèle rétro-utérine. (*Bulletin et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, Mars 1900).

Robb (H.). — Ectopic gestation with special reference to the treatment of tubal rupture. (Transactions of the American Gynecological Society Philadelphia, Mai 1907 ; in *Amer-Journ. of obstetrics*, juillet 1907, p. 6).

— In Symposium on immediate versus deferred operation for intra abdominal hemorrhage due to tubal pregnancy. (Transactions of the Am. Gyn. Soc., mai 1908 ; in *Am. Journ. of obstetrics*, juillet 1908, p. 44.)

Routier. — Rapport sur quatre cas de grossesses ectopiques rompues. Inondation péritonéale. Laparotomie. Guérison par MM. Auvray et Morestin. (*Bulletin et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, mars 1900).

Segond. — Rapport au II^e Congrès de Gynécologie d'obstétrique et de Pédiatrie de Marseille, 1900.

Simpson (F. F.). — Defererd operation for ruptured ectopic gestation. (Surgery Gynecology and obstetrics, nov. 1907).

— In Symposium on immediate versus deferred operation for intra-abdominal hemorrhage due to tubal pregnancy. (Transactions of the American Gynecological Society, mai 1908. In American Journal of obstetrics, juillet 1908, p. 12).

Treub (H.) Traitement de la grossesse extra-utérine après rupture ou avortement tubaire. (*Obstétrique*, octobre 1908).

Tuffier. — Grossesse tubo-interstitielle ; inondation péritonéale ; mort. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chim. de Paris*, séance du 12 février 1908).

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	10
HISTORIQUE. — Evolution générale des idées.....	13
CHAPITRE PREMIER. — Les Théories opératoires.....	17
CHAPITRE II. — Les Indications opératoires.....	25
CHAPITRE III. — La conduite à tenir en cas d'inon- dation péritonéale vraie.....	36
OBSERVATIONS	47
CONCLUSIONS	56
BIBLIOGRAPHIE	59
